

Diversité urbaine



La voie de l'intérieur

L'action thérapeutique chez les migrants indiens de Montréal

The Inner Voice

Therapeutic Action among Indian Migrants in Montreal

Vincent Duclos

Volume 9, numéro 2, automne 2009

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/039387ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/039387ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Groupe de recherche diversité urbaine
CEETUM

ISSN

1913-0694 (imprimé)

1913-0708 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Duclos, V. (2009). La voie de l'intérieur : l'action thérapeutique chez les migrants indiens de Montréal. *Diversité urbaine*, 9(2), 51–71.
<https://doi.org/10.7202/039387ar>

Résumé de l'article

Cet article fait suite à une recherche de terrain menée auprès de migrants indiens de Montréal et dont l'objectif était de cerner le sens associé à la détresse chez ceux-ci et de constater les différentes stratégies thérapeutiques utilisées en sa présence ou pour la prévenir. L'article se concentre principalement sur la prise en charge de la détresse, laquelle a pour trame de fond une certaine image de l'individu, de ses états d'esprit et de leur temporalité. Les migrants indiens percevant la détresse comme une rupture de l'équilibre intérieur, leurs actions thérapeutiques visent principalement le renforcement de l'intérieur en s'appuyant sur différentes pratiques telles que le yoga, la prière, l'alimentation et l'exercice. Le recours aux médicaments, quant à lui, se situe dans une relation d'extériorité sémantique avec la conception de l'individualité et de la détresse avancée par les répondants.

LA VOIE DE L'INTÉRIEUR

L'ACTION THÉRAPEUTIQUE CHEZ LES MIGRANTS INDIENS DE MONTRÉAL

THE INNER VOICE

THERAPEUTIC ACTION AMONG INDIAN MIGRANTS IN MONTREAL

Vincent Duclos

Résumé / Abstract

Cet article fait suite à une recherche de terrain menée auprès de migrants indiens de Montréal et dont l'objectif était de cerner le sens associé à la détresse chez ceux-ci et de constater les différentes stratégies thérapeutiques utilisées en sa présence ou pour la prévenir. L'article se concentre principalement sur la prise en charge de la détresse, laquelle a pour trame de fond une certaine image de l'individu, de ses états d'esprit et de leur temporalité. Les migrants indiens percevant la détresse comme une rupture de l'équilibre intérieur, leurs actions thérapeutiques visent principalement le renforcement de l'intérieur en s'appuyant sur différentes pratiques telles que le yoga, la prière, l'alimentation et l'exercice. Le recours aux médicaments, quant à lui, se situe dans une relation d'extériorité sémantique avec la conception de l'individualité et de la détresse avancée par les répondants.

This article is the result of fieldwork conducted in the Indian community of Montreal. The goal of my study was to understand the construction of the meaning associated with distress as well as the various therapeutic itineraries followed by the respondents. This article focuses on different therapeutic strategies used by the Indian migrants and acknowledges the links between such strategies and the underlying perceptions of self and the notion of distress as temporary. Since Indian migrants tend to see distress as manifesting imbalance, their therapeutic actions are usually aimed at reinforcing interiority, using different techniques such as yoga, prayer, diet and exercise. Medication does not seem to fit with this way of perceiving distress, such that taking medication does not make sense for most participants.

Mots clés : Anthropologie, détresse, itinéraires thérapeutiques, migrants, migrants indiens.

Keywords: Anthropology, distress, therapeutic itinerary, migrants, Indian migrants.

Introduction

« In our scriptures, Vedas, they say: "mango is a sweet". Different people they call it different names, but it doesn't mean that this has changed. Mango remains the same. It will give you sweetness. So, like mango, God is one. But you may call it with any name. If you want to go to some places, there may be so many different ways » (Surendraji).

CET ARTICLE PRÉSENTE LES RÉSULTATS D'UNE RECHERCHE DE TERRAIN menée dans le cadre d'une maîtrise en anthropologie et qui avait pour but de comprendre la construction de l'expérience de la détresse chez les migrants indiens de Montréal. Plus particulièrement, je cherche ici à montrer en quoi la position thérapeutique des répondants face à la détresse est indissociable du sens associé à celle-ci, lequel renvoie à l'espace politique du vécu migratoire. L'objectif de ce texte est de cerner certaines tendances quant au rapport entretenu par les migrants indiens avec la détresse et de comprendre les éventuels itinéraires thérapeutiques envisagés par les répondants aux prises avec celle-ci.

L'étude des croyances et attitudes des populations immigrantes relativement à la santé, à la maladie ou encore à la détresse est un champ récent et nécessite encore beaucoup de recherche, dans l'espace pluraliste québécois. S'il est établi que les immigrants vivant au Canada tendent à sous-utiliser les services de santé et particulièrement ceux de santé mentale (Hyman 2001; Kirmayer *et al.* 1996; Laroche 2000; Whitley *et al.* 2006), il reste à savoir si cette sous-utilisation « est due à des besoins moindres ou à une réticence des migrants à utiliser les services à cause d'obstacles non identifiés » [ma traduction] (Whitley *et al.* 2006 : 206). De manière générale, le lien entre le sens accordé à la détresse et les ressources mobilisées par les immigrants en présence de celle-ci demeure un objet d'étude négligé. Les recherches ayant tenté de saisir le sens associé aux différents itinéraires thérapeutiques utilisés par les migrants au Canada ont mis en évidence plusieurs aspects dépassant grandement le seul domaine psychomédical (Horne *et al.* 2004; Jarvis *et al.* 2005; Whitley *et al.* 2006). Compte tenu de ces résultats, les chercheurs souhaitant rendre compte des attitudes des populations immigrantes en termes de santé mentale se doivent de s'intéresser aux « réseaux à travers lesquels les acteurs transforment des valeurs uniques en pratiques » [ma traduction] (Bibeau 1997 : 249). Pour comprendre le rapport entretenu par les migrants indiens avec les services institutionnels en santé mentale, il faut l'observer à la lumière du plus large univers sémantique informant la relation qu'entretiennent ces personnes avec la détresse en tant que possibles discours sur le mal-être (Massé 1998).

Malgré la rareté de la littérature portant sur le vécu de la détresse chez les immigrants indiens au Canada, quelques études permettent de saisir certains aspects importants de cette réalité. Acharya (2004) a tenté de comprendre la conception de la détresse et de la prise en charge de celle-ci chez les migrantes indiennes d'un certain âge à Edmonton, en Alberta. Il en ressort que le sens associé à la détresse par ces femmes est lié à leur conception de la maîtrise de l'intériorité personnelle. La maximisation d'une telle maîtrise se traduit par une absence de détresse alors que la présence de celle-ci est exprimée en termes « d'énergie négative », de problèmes circonstanciels et d'invalidité. D'une manière générale, il est possible de conclure de cette étude que « les répondantes ont principalement associé la détresse psychologique à des problèmes circonstanciels » [ma traduction] (Acharya et Northcott 2007 : 619). Le fait d'« avoir le contrôle de soi » ou d'« être trop occupé », l'engagement familial, la prise en charge des questions financières de même que le recours à la prière sont les principales ressources thérapeutiques mobilisées en présence de détresse. La spiritualité ou les autres formes prises par la « médecine morale » des répondantes servent alors de tampon, de protection face à une contextualité sociale ou cosmique entraînant parfois une perte de maîtrise de soi.

Emongo *et al.* (2001) ont également relevé, dans une étude auprès d'adolescents hindous de Montréal, l'importance du recours à soi-même et à ses capacités personnelles comme vecteurs de la quête thérapeutique. Les éventuelles ressources mobilisées face aux difficultés et à une possible détresse répondent selon ces auteurs à une certaine conception de soi et de l'intériorité comme « lieu ultime où toute aide venant du dehors doit trouver un écho spirituel » (*ibid.* : 183). C'est en ce sens que « les ressources et les services semblent appelés à contribuer au cheminement intérieur et spirituel de la personne » (*ibid.* : 186). À cet égard, le recours aux ressources officielles de la société d'accueil ne semble pas particulièrement approprié pour les répondants (pas plus que les services offerts par la communauté hindoue qui ne sont pas perçus comme suffisamment confidentiels).

D'une manière générale, les études qualitatives tentant de rendre compte des différents itinéraires thérapeutiques des immigrants indiens soulignent que ces méthodes sont systématiquement perçues comme étrangères à la réalité socioculturelle des répondants et à leur conception de la détresse comme phénomène avant tout contextuel et appelant à un travail sur soi. Toutefois, la littérature qui traite de l'expérience de la détresse chez les migrants indiens au Canada demeure des plus marginales, un fait étonnant considérant que les études qui touchent directement le rapport des immigrants indiens à

la santé mentale se comptent par dizaines en Angleterre (Anand et Cochrane 2005; Beliappa 1991; Burr et Chapman 2004; Dein et Sembhi 2001; Hussain et Cochrane 2004; Hussain et Cochrane 2003). Je discuterai d'ailleurs brièvement les résultats de la présente recherche à la lumière d'une telle littérature plus loin dans cet article.

Démarche méthodologique

La démarche méthodologique adoptée dans le cadre de cette étude est fondamentalement qualitative. C'est une tentative d'approfondir le sens des données et de respecter la complexité de cette recherche, plutôt qu'une quête axée sur la quantité de données accumulées, qui serait le propre d'une approche quantitative ou statistique. Plusieurs études épidémiologiques, appuyées sur une conceptualisation de la culture en tant qu'entité statique naturalisée et « préexistant » en quelque sorte l'individu, considèrent les traditions culturelles comme des facteurs de risque de la détresse psychologique chez les immigrants indiens (Guzder 1992). Le fait de réduire ainsi la complexité sémantique ne permet pas de témoigner des différents savoirs sur la santé, la maladie et la détresse. De plus, il est particulièrement inquiétant de constater la manière dont la culture est fréquemment utilisée comme un fait, une réalité expliquant en elle-même certaines situations (Lock 1999 : 44).

Une investigation approfondie du sens de la détresse vécue par les migrants indiens témoignerait des réalités socioéconomiques, parfois discriminatoires et souvent structurelles subies par ces derniers. Or, celles-ci sont méthodologiquement évacuées du même mouvement qui encourage les nouveaux venus à « s'acculturer » davantage. De nombreux auteurs ont en effet remarqué les limites implicites à l'épidémiologie en santé mentale lorsque vient le temps de rendre compte de la complexité du vécu de la détresse en contexte migratoire (Dyck 2001; Fassin et Dozon 2001). Certains ont noté les biais et incapacités méthodologiques des enquêtes épidémiologiques dans leur tentative de témoigner de la détresse psychologique des immigrants indiens en Occident (Bhui *et al.* 2004; Fenton et Sadiq-Sangster 1990; Hussain et Cochrane 2004; Williams et Hunt 1997). Il semble que les études tentant de cerner épidémiologiquement la présence de problèmes de santé mentale chez les migrants indiens posent régulièrement la culture en tant qu'entité homogène potentiellement néfaste pour l'individu (Acharya 2004). À propos du rapport que les migrants indiens entretiennent avec le système de santé britannique, Burr constate que « la notion de différence culturelle est utilisée sans tenir compte des désavantages et de la discrimination vécue par la plupart des groupes ethniques minoritaires en Grande-Bretagne » [ma traduction] (2002 : 844). C'est ainsi que la « différence culturelle, perçue comme

pathologique lorsque confrontée à une norme européenne idéalisée, est posée comme la cause autant des faibles taux de dépressions rapportés que des niveaux élevés de suicide » [ma traduction] (*ibid.* : 844). Ce qui est réifié en un tout uniforme est réduit à une « culture sud-asiatique » répressive (plutôt que libérée, comme en Occident), superstitieuse (en opposition à l'Ouest, moderne et scientifique) et axiomatiquement inférieure (*ibid.*). En d'autres termes, la culture est conceptualisée comme un obstacle ou une barrière à un accès privilégié à un ensemble de croyances, de connaissances et de façons d'être. Massé (2000) considère en ce sens qu'il y a incommensurabilité entre les approches quantitative et qualitative de la détresse, et ce, autant d'un point ontologique qu'épistémologique. Une perspective quantitative construit la détresse comme objet réifié identifiable à l'aide de variables et réductible à une catégorisation cohérente du réel. D'un point de vue qualitatif, la « détresse n'est pas une réalité concrète dont les contours et la sévérité pourraient être estimés par l'utilisation d'une liste sophistiquée de symptômes » [ma traduction] (*ibid.* : 419). Massé conçoit plutôt la détresse en tant que discours indissociable de son contexte d'énonciation, comme « la matrice originelle et intangible de signes et d'idiomes à laquelle chaque individu emprunte pour élaborer un discours qui lui est propre, qui est alors transposé dans l'espace social » [ma traduction] (*ibid.*).

Si ces deux approches se complètent certes dans la prise en compte de la complexité (autant statistique que sémantique ou phénoménologique) propre aux phénomènes de santé ou de maladie, un tel écart ontologique dans la conceptualisation de l'objet d'étude (ici la détresse) ne facilite pas pour autant la cohabitation de ces deux approches dans une étude comme celle-ci. L'analyse interprétative propre à la recherche qualitative cherche à transcender le référentiel, la représentation par le biais de catégories, pour mieux saisir la complexe et fluide réalité de la détresse grâce à la narration. Une telle méthodologie implique une rencontre avec les discours sur la détresse, lesquels sont formulés en réponse à des questions ouvertes au cours d'entrevues qui cherchent délibérément à amener le répondant à élaborer sur les thèmes abordés. C'est dans cette optique que notre recherche a été menée.

Huit entrevues semi-directives ont été réalisées pour cette étude¹. Les entrevues ont été effectuées en anglais. Elles ont toutes été faites auprès d'immigrants de confession hindoue et nés en Inde. Outre Marisa² qui venait d'arriver au Québec, les répondants vivent tous dans la région montréalaise depuis au moins quatre ans. Même si ce critère était relativement flexible, il me semblait important que les répondants aient déjà une certaine expérience de la migration et de ses possibles aléas dans le contexte montréalais. Ils

étaient tous âgés de 18 à 70 ans. À l'exception de Dhara, les répondants sont des résidents permanents, voire des citoyens canadiens. Il y a, dans l'échantillon, deux tendances centrales dans le choix des participants. Premièrement, quatre des migrants rencontrés (dont Dhara) ont été choisis en fonction du rôle qu'ils jouent dans l'espace communautaire sud-asiatique de Montréal³. Ces répondants ont tous une grande connaissance du milieu communautaire ainsi que des situations et difficultés vécues quotidiennement par les migrants indiens de confession hindoue de Montréal. En plus d'être des références crédibles qui peuvent témoigner des formes prises par la détresse chez ce groupe de migrants, ils ont eux-mêmes vécu la migration et parlent ainsi autant de leurs expériences personnelles que de celles des autres. Deuxièmement, des entrevues ont été réalisées avec quatre autres migrants qui ne furent pas particulièrement choisis en fonction de leur implication dans le milieu communautaire⁴. En plus des entrevues semi-directives effectuées, une fréquentation ponctuelle de différents milieux communautaires a également favorisé ma compréhension des thèmes étudiés. J'ai ainsi fréquenté assidûment un temple hindou de Montréal pendant plusieurs semaines, multipliant les entretiens avec Surendraji, le brahmane du temple. J'ai également participé à différentes fêtes religieuses au temple et mangé plusieurs fois à Bharat Bhavan, lieu de rencontre de plusieurs migrants indiens.

Je souhaite toutefois attirer l'attention sur les limites des données obtenues dans le cadre de cette étude. Le nombre d'entrevues réalisées étant restreint, il ne permet vraisemblablement pas de rendre compte de la grande diversité des discours sur la détresse et des itinéraires thérapeutiques élaborés par les migrants indiens de Montréal. Cette recherche vise simplement à cerner certaines tendances, lesquelles doivent être dissociées d'un désir de généraliser ou de trouver des règles desquelles seraient inférés les comportements des répondants. Loin d'être une tentative de témoigner de la diversité des univers sémantiques ou expérientiels de l'Autre, ce texte est plutôt habité par une volonté de rendre compte de certaines positions possibles face à l'adversité psychique. Aussi, je suis parfaitement conscient des limites inhérentes à la situation énonciative des répondants, à leur position face à un chercheur non immigrant avec lequel ils sont amenés à discuter d'événements marquants et de sujets parfois très intimes. Il est toutefois difficile d'en évaluer les répercussions possibles sur les entrevues. Il n'est pas évident que le fait d'être « non immigrant » ou même extérieur à la communauté sud-asiatique de Montréal ait constitué un obstacle à la discussion et aux entrevues sur le thème de la détresse. Il est même possible que cette situation d'« extériorité » (et l'anonymat relatif qu'elle implique) ait aidé à établir un climat de confiance qui est parfois difficile à établir lorsque les liens (appar-

tenance à la communauté, etc.) avec le chercheur sont plus serrés ou dépassent le cadre de l'entrevue. Le fait que les répondants aient eu tendance à aborder certains thèmes (rapport au marché du travail, etc.) plutôt que d'autres (problèmes familiaux, etc.) se doit tout de même d'être observé à la lumière du possible impact (positif ou non) de leur position face au chercheur. Il en est de même de la présentation que font parfois les répondants d'eux-mêmes, mettant l'accent sur certains traits forts de leur spiritualité et de sa différence par rapport au contexte québécois. Il ne faut toutefois pas penser que ces quelques mises en garde visent à réduire le vécu et le discours des répondants au contexte de leur énonciation (et à l'intersubjectivité qui le marque). Il s'agit plutôt d'un simple exercice de réflexivité.

L'envers de l'imaginé : la détresse comme vécu contextuel⁵

La détresse⁶ telle que décrite par les participants à cette étude se présente comme une construction sémantique dynamique, complexe, s'articulant sur différents espaces interpersonnels, sociaux et culturels. Les répondants ont présenté une conception de l'individu (de son fonctionnement psychique et émotionnel) axée sur l'interdépendance des parties qui l'habitent et l'importance des relations (sociales et métaphysiques) dans la constitution de leur subjectivité. L'équilibre et le « contrôle intérieur » sont les vecteurs centraux de l'image de soi révélée lors des entrevues. La normalité étant axée sur la maîtrise de soi, la détresse se présente alors comme une perte temporaire de cette maîtrise. Elle est une modification, pour un certain temps selon le contexte, d'un état d'esprit dont le fonctionnement est conceptualisé à travers le paradigme de « l'équilibre intérieur ». La détresse n'est pas considérée comme une maladie. Les répondants l'ont explicitement décrite comme n'étant pas d'ordre pathologique et ne la situe aucunement dans le registre biologique. La détresse est plutôt un état d'esprit indissociable des contextes de son émergence. Elle est une expérience impliquant une intériorité en constante interaction avec son environnement. Dans les différents espaces migratoires habités par les participants de cette étude, une telle conception de la détresse trouve son écho en tant que rupture de l'imaginaire migratoire. L'état d'esprit propre à la détresse est principalement associé à une « dislocation » entre les attentes prémigratoires et le vécu de l'établissement. Dhara exprime ce sentiment de rupture de l'imaginaire :

It was a very different picture in India. They thought that here the jobs are very easy and that you get very nice jobs. They didn't know it was labour jobs they would get here, and that for the other jobs they have to do the course. They didn't know that (Dhara).

Au fil des entrevues, on constate la récurrence de cette idée d'une désillusion, d'un sentiment d'incertitude mêlé à une impression de perte, de manque par rapport à une certaine image de l'expérience migratoire. C'est définitivement à la rencontre du monde subjectif de l'imaginaire et des difficultés de l'établissement (particulièrement sur le plan socioéconomique) que prend forme la souffrance psychologique des migrants indiens. Si la rupture entre attentes et réalité ne saurait être réduite à la seule intégration au marché du travail, la forte majorité des éléments avancés par les répondants comme constituant cette distance entre l'imaginaire migratoire et sa concrétisation renvoient à cet aspect de l'établissement. Il y a, à cet égard, définitivement convergence quant aux perceptions de ce qui forme le principal vecteur de désillusion des répondants : le travail. Tous les immigrants rencontrés ont fait explicitement mention des difficultés à intégrer le marché du travail. L'emploi représente en effet beaucoup pour ceux-ci; il garantit le revenu et un niveau de vie jugé adéquat pour toute la famille, il dénote un certain statut social et est un signe de respect de la dignité personnelle et familiale. Il a donc une portée autant symbolique que matérielle très importante. Dans les entrevues, le rapport entre la détresse et une dignité passant par l'emploi (et en particulier par la reconnaissance de ses compétences professionnelles) est omniprésent. C'est dans la relation du migrant et de son projet migratoire à l'espace social et institutionnel qu'est le marché du travail que se construisent le sens et l'expérience de la détresse⁷. Dans le discours des répondants, l'état d'esprit est indissociable de la situation propre à sa génération. En d'autres mots, la détresse telle que conceptualisée par les répondants est davantage qu'un état d'esprit, elle est un discours sur un certain contexte, des situations et un vécu. Plus particulièrement, elle prend la forme de discours sur les espaces interpersonnels, culturels et socioéconomiques animant les contextes migratoires dans lesquels s'inscrivent les répondants. C'est le contextuel, dans son dynamisme et la pluralité de ses rapports à l'expérience, qui est intériorisé puis exprimé à travers la détresse des migrants indiens de Montréal. C'est dans l'envers d'un rapport imaginé au vécu migratoire, et plus particulièrement à l'insertion sur le marché du travail, que prend forme la souffrance exprimée par les migrants indiens rencontrés; le corps social est alors immanent au sens associé à la détresse et à son expérience. Je propose maintenant de présenter quelques pistes élaborées par les répondants quant aux ressources mobilisées en présence de détresse.

Ressources intérieures et maîtrise émotionnelle

Les répondants considèrent tous que c'est en soi-même, dans ce qui est qualifié par certains de « ressources intérieures », que se situe le « locus de

contrôle » des émotions et d'une éventuelle détresse psychologique. Le recours à soi-même, à son énergie intérieure, se présente ainsi comme la pierre angulaire de la gestion du mal-être. Amrita parle de cette tendance à « aller vers l'intérieur » comme étant quelque chose de profondément ancré dans les façons d'être des migrants indiens :

But Indians, especially Indians, are very notoriously implied in their beliefs, they are spiritual. You reach within for the answers. It's not so apparent and stuff like that. Inner resources, that I would say. That's, you know, our lifestyle (Amrita, je souligne).

Cette manière qu'a Amrita d'établir le recours aux ressources intérieures en tant qu'élément central du concept de maîtrise de soi représente bien une conceptualisation de l'intériorité comme lieu d'un équilibre fondamental dont dépend la tranquillité d'esprit. Surendraji considère en ce sens la maîtrise de soi comme ayant ses racines dans la réalisation de ses propres limites et du devoir (*duty*) à accomplir. Pour lui, le retour à la tranquillité d'esprit passe donc par l'action effectuée comme fin en soi et non comme moyen vers d'éventuels objectifs sur lesquels l'individu n'a que trop peu d'emprise : « *it is not in my hand. In my hand is to work. To try best. To always think positive* ». Tout le discours de Surendraji, dont la majorité des répondants se font d'une certaine façon l'écho, est fortement empreint de cette conception de l'individu comme autorégulation affective, laquelle implique une certaine distance par rapport aux objets du désir pouvant éventuellement entraîner une perte de l'« équilibre intérieur ». Les émotions sont, chez les répondants, indissociables de cette image de soi axée sur le pouvoir de la volonté intérieure (*willpower*) et sur la nécessaire mobilisation d'une telle énergie. En effet, d'après les entretiens réalisés, les « ressources intérieures » constituent l'espace de déploiement de différentes stratégies visant à renforcer l'individu, à l'aider à se sortir des moments difficiles ou à les prévenir. La mobilisation de telles ressources se présente en quelque sorte comme la condition *sine qua non* d'un recours à d'autres avenues thérapeutiques venant agir en complément de celles-ci, pour ainsi les nourrir.

La nourriture de l'esprit : spiritualité, exercice, famille

La spiritualité occupe une position centrale dans la vie des participants. Plusieurs répondants présentent l'hindouisme comme étant une « éthique de vie » en dialogue constant avec une spiritualité prenant une multitude de formes. De nombreuses références ont été faites aux valeurs centrales de l'hindouisme et au soutien qu'il est possible d'en tirer. Surendraji, qui est brahmane dans un temple hindou, explique qu'il essaie de guider les gens qui

souffrent de détresse par le biais des écritures religieuses. La prise de conscience de l'importance de ses actions et de ses devoirs, propre à l'enseignement des valeurs hindoues, favoriserait une meilleure emprise sur sa vie, nécessaire pour sortir d'une situation difficile. La spiritualité se présente alors comme une opportunité de recul par rapport aux aléas de l'existence. Certains répondants mentionnent en ce sens le rôle du concept de karma comme soutien moral à travers différentes difficultés de la vie quotidienne :

Maintenant, pour sortir de cette anxiété il y a un moyen aussi. Pour vous, c'est du fatalisme. Pour nous, ce n'est pas ça le fatalisme. Pour nous, c'est le karma. Peut-être que dans mon ancienne vie, j'ai fait des choses... (rires). Il faut faire des choses meilleures et seulement dans la prochaine vie j'aurai beaucoup d'argent, j'aurai beaucoup de choses et avec ça, il faut faire du bien (Vijay).

Le karma ne saurait être perçu comme une sorte de fatalité à laquelle on ne pourrait échapper. Au contraire, l'hindouisme serait plutôt axé sur l'enseignement de l'importance du devoir, de l'action (karma) dont l'accomplissement entraîne un effet tampon sur le mal-être. Une telle conception de soi permet de donner un sens aux difficultés quotidiennes tout en maintenant un certain espoir par le biais d'une projection dans une éventuelle vie meilleure. Plusieurs répondants font également référence à différentes pratiques ancrées dans l'univers spirituel hindou qui agiraient sur le mal-être en renforçant l'intériorité psychique de l'individu. Le yoga et la méditation sont en ce sens évoqués à maintes reprises comme des moyens de transformer l'esprit, de l'amener vers l'équilibre : « *Yoga and meditation, they are all instruments of hinduism. Different forms of worship, different forms of transforming your mind* » (Gopal). Surendraji insiste pour sa part sur le caractère « lent et graduel » d'un changement d'état d'esprit; les techniques jugées efficaces n'ont rien d'une solution miracle, mais sont plutôt le propre d'un constant travail sur soi. Le yoga et la méditation sont des sources d'énergie permettant de favoriser le dépassement de la détresse, sa mise en échec progressive :

You know, this yoga cleans you, the whole system. If you don't feel appetite, you don't get sleep then yoga exercise might bring this. Slowly and gradually, you gain energy in the body. Deep breathing, breathing, exercises, and all these things will give you peace of mind (Surendraji).

Le corps et l'esprit étant conceptualisés dans une relation complémentaire, le yoga permet d'agir autant sur l'un que sur l'autre. Une répondante mentionne aussi les bienfaits de la prière, qui permet de se libérer (*release*) et de se confier : « *You know it's like off your chest. You know, half is gone* »

(Amrita). Yoga, méditation et prière sont des outils thérapeutiques venant renforcer l'intériorité des répondants :

You can't cure depression with any medicine. You can cure it with your own thinking. Because it's you who created that situation that you're in. I think that's why yoga and meditation are becoming popular everywhere (Suman).

Le yoga se présente ainsi comme une thérapeutique de l'esprit à travers une certaine utilisation du corps, de la respiration, mais aussi de la méditation. Cette imbrication du corps et de l'esprit est également présente dans l'importance accordée par les répondants à l'exercice et à l'alimentation. Marisa résume à cet effet :

I have my times of depression, and I cope up by doing physical exercise. Just running or jogging, you know? I just throw, throw it away from me by doing physical exercise or going out of the situation (Marisa).

L'exercice, l'alimentation, le yoga, la méditation et la prière sont donc tous posés par les migrants rencontrés comme des façons de « nourrir » et d'« énergiser » leur vie intérieure. Ils sont au cœur de la perception qu'ont les répondants du maintien de l'équilibre psychique, de la tranquillité d'esprit.

La famille est également d'une grande importance pour les répondants. Elle est, tout comme la religion, au centre de leur vie, de leurs relations interpersonnelles. En fait, la famille est présentée comme une ressource allant de soi; c'est un espace fondamental où s'inscrit la relation de l'individu au monde social, de telle sorte que le recours à celle-ci en situation de détresse s'impose comme l'extension d'une intériorité où l'on trouve la force, l'énergie pour s'en sortir. Marisa, parlant de la famille en Inde pour illustrer comment sa valeur est fortement imprégnée dans la vie des migrants indiens, la présente (comme la communauté) en tant que ressource privilégiée pour aider à gérer une situation de dépression :

I think family is the most important bonding, in India. So they really disclose their feelings to their family or to their, you know, closest ones, wife and children. So when they have depression they go to the nearest person in the family and share it. We should cope together. That's how they will cope with the situation. And then maybe try other friends and community (Marisa).

Dhara perçoit la famille comme principal moyen utilisé par les migrants indiens pour résoudre certains problèmes personnels, mais aussi en tant qu'éventuelle source de prévention de ceux-ci : « *Within the family, they try*

to solve their problems. Usually they do not have much problem, then ». Selon elle, la présence de la famille et la possibilité de s'y référer joueraient le rôle d'un tampon, ce qui ferait en sorte que les migrants entourés de leur famille auraient généralement peu de problèmes. Gopal présente également la famille comme une source de soutien inconditionnel et d'encouragements indispensables pour surmonter les difficultés qu'il associe à la détresse psychologique :

Family will always help you. Particularly with older people. When younger people, your children are grown up, your parents or your elder people or close friends, their encouragement, they say: « Don't worry, I know you're very good. He spoke to you like this? He doesn't know what he's talking about. You're very good » (Gopal).

Il est possible de discerner dans les entrevues l'importance fondamentale accordée à la parole, à la possibilité de discuter de ce que l'on vit. Tous les répondants ont fait, d'une manière ou d'une autre, une référence à cette idée de la communication, présentant le « dévoilement » (par la prière ou encore à la famille ou des amis) des états d'âme ou difficultés comme processus thérapeutique en soi. Dans la mesure où la relation de confiance (et la confidentialité) est solidement établie, la famille devient alors un acteur important dans les recours thérapeutiques des répondants.

L'extériorité sémantique du traitement médicamenteux de l'esprit

Le recours aux médicaments pour contrer la détresse psychologique n'est considéré comme une option valable par aucun des participants à cette étude. La prise de médicaments semble être dans une relation d'extériorité (plutôt que de complémentarité) avec le maintien ou le rétablissement de l'équilibre personnel. Suman résume bien la position des répondants à ce sujet : « *No, no, no. Our body is self-sufficient to balance activity and reactivity. And we don't need to have an additional antioxydant or some antidepressant or medicines for this type of work ».* Puisque les répondants situent tous le « locus de contrôle » des émotions à même l'intériorité psychique de l'individu, il semble qu'une ressource telle que l'antidépresseur soit trop « extérieure » à l'équilibre émotionnel pour que son action soit perçue comme étant en accord avec celui-ci. En affirmant que le traitement médicamenteux de l'esprit agit avant tout sur les symptômes et que la thérapie doit plutôt être centrée sur la détresse elle-même et non sur ses seules manifestations, Amrita indique comment une telle option se trompe de cible, tout simplement : « *Personally, I believe medication is just a way to deal with the symptoms. Your inner strength counts much more. Because your mind should be stronger.*

You should be able to think » (je souligne). Selon elle, les antidépresseurs peuvent stabiliser les symptômes dans les cas graves, mais seulement de sorte à permettre à l'individu de mieux prendre lui-même en charge sa condition, à partir d'une mobilisation des ressources intérieures : « the cure does have to come from within, from the mind and that is related to what you eat and what you do ». C'est aussi dans une telle optique qu'Ashoka trouve que les antidépresseurs ne sont tout simplement pas utiles pour la dépression :

No, no. No, no. Sometimes I get sick, they say: « Why don't you take Tylenol? ». I take herbal tea, and you can make your own tea. Fever, anything will go. And take soup. But if you cannot resist pain, you cannot sleep, take Tylenol and get four hours of sleep. But no tablets for the depression. No, no. They just... They don't help. So take no tablets for this (Ashoka).

De toute évidence, les antidépresseurs et autres médicaments susceptibles d'agir sur la vie psychique et émotionnelle ne sont pas présentés par les répondants comme des moyens efficaces de gérer la détresse; ils sont plutôt considérés comme étant en opposition à une forme de maîtrise axée sur l'infirmité.

Rapport aux ressources communautaires et institutionnelles

Le temple est un lieu important dans l'espace communautaire hindou observé lors de cette recherche. Il se veut un lieu d'échanges et de rassemblements et prend un sens particulier dans le quotidien des répondants. Il constitue un espace de rencontres aux fonctions plurielles, permettant notamment de discuter des problèmes associés au vécu de la détresse par les migrants indiens :

The temple is like a club for them, where people get together and discuss their problem. And they tell you where to look for a job, okay there's a job for seven dollars, eight dollars. They do that, and then they come across other people and then they make connections and then they look for better jobs (Dhara).

Le temple peut ainsi prendre les allures d'un centre communautaire, d'un club aux diverses utilités. Selon Amrita, en présence de détresse, les immigrants indiens « *would either go to the community organisations and I think even before that, the temple* ». En tant que référent sémantique central à l'univers culturel hindou, le temple entre dans une relation de soutien ou de continuité avec les « forces intérieures » susceptibles de rétablir l'équilibre émotionnel : « *It strengthens you. Because you know there are a lot of visual*

things in the temple, you'll see a place with donations, eat food. Also, on the other side it's socialization » (Amrita).

Le temple semble donc renforcer la personne par le processus de socialisation qui l'accompagne de même que par le sens religieux qui est le sien. Amrita relève l'importance de la possibilité de se confier, de se « libérer » en discutant entre autres avec un brahmane ou en priant les dieux. Contrairement à une telle vision du soutien psychologique, les ressources institutionnelles « locales » (CSSS⁸, hôpitaux, psychologues, etc.) ne sont pour leur part pas considérées par les migrants rencontrés comme le meilleur moyen d'affronter la détresse. Les répondants ont été unanimes à cet égard. La distance entre les besoins ou attentes des migrants indiens et les services disponibles dans ces institutions de la « société d'accueil » demeure avant tout une affaire de sens accordé à la détresse et aux différentes avenues thérapeutiques susceptibles d'agir sur celle-ci. L'association entre ressources institutionnelles et services médicopsychiatriques (prescriptions de médicaments) semble décourager certains répondants à fréquenter de tels services. Ces derniers n'en voient alors pas l'utilité et préfèrent pallier une possible détresse en favorisant les ressources intérieures présentées dans cet article ou encore en s'attaquant directement aux contextes d'émergence du mal-être (par exemple, en allant au temple chercher un emploi jugé plus adéquat, plus apte à rétablir leur dignité). Aussi, certains répondants soulignent l'hésitation marquée des migrants indiens à dévoiler leurs problèmes quotidiens à des individus qu'ils connaissent peu ou avec lesquels ils n'ont pas de sentiment d'appartenance, facteur qui ne devrait pas être sous-estimé. De la même manière, il n'est pas rare que les ressources disponibles à même la communauté indienne ne soient utilisées qu'à la condition d'une confidentialité assurée.

Discussion : équilibre et maîtrise thérapeutique de soi

Le sens associé par les répondants aux signes d'une éventuelle détresse de même qu'à ses causes est en continuité avec une littérature relevant d'études qualitatives qui soulignent l'importance, chez les migrants indiens, de la maîtrise de soi et de l'équilibre intérieur dans certains contextes particuliers (Acharya 2004; Raguram *et al.* 2001). Il en est de même des ressources mobilisées par les répondants dans l'éventualité d'une perte de maîtrise, d'un sentiment de rupture d'équilibre. En effet, les données recueillies tendent à confirmer celles exposées par différentes études effectuées auprès de populations similaires, et ce, principalement en Angleterre (Hussain et Cochrane 2004). De nombreux auteurs ont noté l'importance du contextuel dans la construction de l'expérience de la détresse des migrants indiens tout comme dans l'adoption d'éventuels itinéraires thérapeutiques (Burr et Chapman 2004;

Fenton et Sadiq-Sangster 1990). De la même manière, le rôle joué par la spiritualité dans la gestion de la détresse a été examiné par différentes études indiquant en quoi celle-ci joue un rôle de « médecine morale », de protection face à différents contextes pouvant affecter l'individu et son bien-être (Acharya et Nortcott 2007; Hutchinson et Gilvarry 1998).

La conception qu'ont les répondants des actions thérapeutiques sur la détresse va de pair avec le sens qui lui est associé. L'horizon thérapeutique de la détresse est présenté comme recouvrant une pluralité de façons de « remettre en contrôle », de « ramener l'équilibre » ou tout simplement de « maintenir l'ordre » dans une vie intérieure aux fluctuations ponctuelles et évoluant dans le temps. Pour les répondants, les actions sur la détresse doivent participer à une intériorité psychique axée sur une idée d'équilibre dans l'unité des relations interpersonnelles, sociales et cosmiques. L'image de soi correspond au lieu d'un pouvoir nourri par une énergie intérieure. Au contraire, la détresse est généralement conçue sous la forme d'une rupture d'équilibre nécessitant une gestion thérapeutique qui se dessine autour du paradigme de l'aide et de l'appui, non de la solution. La distinction m'apparaît fondamentale à relever. Si la détresse se présente pour les répondants en tant que rupture du régulier, de l'équilibre caractérisant la vie intérieure, elle n'est pas dans une relation d'extériorité à celle-ci. Elle se veut plutôt altération, perte temporaire de l'énergie nécessaire à la maîtrise, et non changement de nature et métamorphose de soi. Pour les répondants, la détresse n'a pas une connotation d'irréversibilité. Elle ne se présente pas sous la forme virale de l'acteur extérieur venant modifier le rapport de soi à soi et soustraire l'individu à la possibilité de se reprendre en main. La voie thérapeutique adoptée par les répondants s'inscrit dans une temporalité de l'événement, du situationnel ponctuant certes l'intériorité de ruptures contextuelles, mais certainement pas de sorte que cette intériorité devienne rupture. La détresse n'est pas abordée sous l'angle de l'identité durable ou pathologique. Les modalités thérapeutiques envisagées par les répondants ne le sont que dans la mesure où elles situent l'essentiel des capacités à surmonter l'épisode de détresse à même l'intériorité psychique. Les ressources thérapeutiques évoquées vont toutes dans le sens du « renforcement de la vie intérieure » pour faire face à une situation donnée, une détresse. Une telle conception du renforcement dépasse toute dichotomie entre prévention et guérison. On ne guérit pas la détresse, pour les répondants. On la prévient ou on trouve les ressources nécessaires pour faire en sorte qu'elle passe. Le renforcement intérieur se constitue en mode de vie profondément ancré dans la perception de soi, de l'équilibre, de la maîtrise et d'un certain sens du sacré. Il se pose en tant que « façon d'être » aux variations infinies, une voie prenant ici la forme

de la prévention et là, celle de la thérapie. La spiritualité hindoue joue chez les répondants un rôle fondamental dans leur conception de soi, du bien-être et de la détresse. Parce qu'elle informe une pluralité d'aspects du quotidien des répondants, la spiritualité se pose comme un instrument des plus flexible de la thérapeutique, de la prévention comme mode de vie. Autant dans la centralité du rôle accordé à l'intériorité dans le travail sur soi et sur la détresse que dans l'importance d'une spiritualité servant de lieu générateur de sens et d'appui dans l'épreuve, les données recueillies semblent converger avec celles d'une grande part de la littérature fondée sur des recherches qualitatives sur le sujet. Non seulement la quête thérapeutique tend à s'inscrire dans la continuité de la conception sémantique de la détresse, mais la religion joue souvent chez les groupes migrants un rôle central (Horne *et al.* 2004; Whitley *et al.* 2006). Avec des récits tels que la *Bhagavad Gita*⁹ et la récupération médiatico-spirituelle qu'en font (souvent au prix d'une importante déformation) quelques gourous modernes (Deepak Chopra étant certainement le plus illustre exemple), une telle tradition tend à poser en soi¹⁰ le centre de l'équilibre émotionnel. Ecks résume bien cette tendance traversant le corpus littéraire, mythologique ou spirituel indien évoqué par les répondants :

L'atteinte du contrôle sur son esprit (*mind*) de même que différentes formes de retrait méditatif face au monde sont des éléments centraux dans toutes les variétés de l'hindouisme. [...] Presque toutes les figures majeures de l'hindouisme moderne, par exemple Sri Ramakrishna, Sri Aurobindo et même M. K. Gandhi, ont mis l'emphasis sur le contrôle de l'esprit comme voie vers l'illumination (*enlightenment*), la liberté et le « vrai bonheur » [ma traduction] (2005 : 250).

À la lumière d'une telle perception de la maîtrise de soi, il n'est pas surprenant de constater que les modalités thérapeutiques envisagées par les répondants doivent entrer en résonance avec le retour ou le maintien de l'équilibre intérieur.

Conclusion

En conclusion, je me permets quelques remarques relatives à la sous-utilisation des services institutionnels par les migrants indiens rencontrés. Il paraît évident qu'une telle sous-utilisation renvoie à la question du sens. Les répondants ne semblent pas trouver d'écho à leur conception de la détresse dans l'offre thérapeutique institutionnelle de la « société d'accueil ». De sa conception comme entité médicale autonome inférée de symptômes comportementaux standardisés aux modalités psychomédicales de son traitement, la

conception occidentale institutionnelle de la détresse ne fait que peu de sens pour les eux. Il n'est alors pas surprenant qu'ils soient de timides usagers d'une thérapeutique dont ils ne s'approprient pas les vertus. Burr et Chapman résument bien l'écart épistémologique entre deux univers sémantiques appliqués à la conception de la détresse : « les présuppositions propres aux approches occidentales en termes de traitement des troubles psychologiques renvoient à l'individualisme moderne. À l'opposé, dans les approches indiennes traditionnelles [...], la force repose dans l'intégration harmonieuse de l'individu et de son entourage » [ma traduction] (2004 : 449). Les approches institutionnelles établissent une séparation entre l'individu et les différents espaces (familiaux, sociaux, métaphysiques, etc.) par lesquels il se conçoit; séparation qui ne tient pas compte de ce qui constitue le cœur même de la détresse et de son traitement, pour les répondants. Ces derniers perçoivent la détresse avant tout comme un fait social appelant à un recours aux ressources intérieures puis éventuellement spirituelles, physiques et intersubjectives. Les services offerts tendent à conceptualiser la détresse sous la forme d'une entité séparée du social, comme un fait psychologique ou biologique indépendant nécessitant le plus souvent un recours à des ressources extérieures à l'individu, à commencer par la prise de médicaments. Ces observations rejoignent les résultats de Whitley *et al.* (2006), qui voyaient dans l'hésitation à consulter les services officiels en santé mentale une conséquence de la perception qu'ont certains immigrants du surempressement des médecins à prescrire des médicaments. Pour les migrants indiens, une telle tendance va littéralement à l'encontre des principales formes que prend leur recherche d'aide en présence de détresse. Il est également possible de considérer que dans le cas des répondants rencontrés, c'est avant tout à la source même de la détresse que l'action devrait être envisagée. Si les postures thérapeutiques décrites dans cet article sont autant de formes de résistance à la détresse, c'est principalement vers les contextes d'émergence de celle-ci que me semblent pointer les discours des répondants, leur désir d'être entendus. Ce sont ces contextes qui forment la trame de fond de l'expression de leur détresse, qui apparaissent comme un terrain fertile en violences de toutes sortes tout en étant le lieu de tant de silences.

Note biographique

VINCENT DUCLOS est doctorant en anthropologie à l'Université de Montréal. Cet article fait suite à une recherche de terrain menée dans le cadre de sa maîtrise dans le même domaine. Alors qu'à la maîtrise, il s'est intéressé au sens associé à la détresse et à son vécu chez les migrants indiens de Montréal, son projet de doctorat porte sur la question des savoirs globaux en santé mentale (*global mental health*) et de leur réception dans le contexte indien.

Notes

¹ En plus des huit entrevues réalisées à des fins d'analyse, deux autres ont été complétées et ont servi à valider certaines données. La première a été faite avec un adolescent ayant migré au Canada il y a quelques années. Celle-ci ne fut pas considérée dans l'analyse des résultats à cause de l'âge du répondant, pouvant à mon avis affecter les données recueillies. J'ai également réalisé une entrevue avec une personne ressource (aussi d'origine indienne) dans le milieu interculturel de Montréal, qui s'intéresse à la question du rapport entre culture, migration et santé mentale. J'ai eu l'occasion de discuter longuement des résultats de ma recherche et du sens qu'il est possible de leur accorder avec elle.

² Par souci de confidentialité, les noms utilisés sont tous des pseudonymes.

³ Surendraji est brahmane dans un temple hindou de Montréal. Il y rencontre des immigrants indiens pour de nombreuses raisons, les conseille et essaie de les guider à travers les diverses difficultés éprouvées. Vijay travaille bénévolement depuis une trentaine d'années dans le milieu communautaire sud-asiatique de Montréal. Dhara travaille également dans un organisme communautaire aidant les immigrants sud-asiatiques dans différentes démarches. Ashoka est bénévole dans le secteur communautaire. Il s'occupe de différents aspects du bon fonctionnement d'une organisation qui offre plusieurs services, allant des demandes de visas aux dîners communautaires, et qui est un lieu de rencontre privilégié pour les migrants sud-asiatiques.

⁴ Suman termine actuellement un doctorat en ingénierie électronique à Montréal. Gopal travaille comme ingénieur. Marisa est arrivée à Montréal il y a quelques mois. Elle en est à sa deuxième tentative d'établissement, la première n'ayant pas répondu à ses attentes. Finalement, Amrita complète l'échantillon des répondants ayant généreusement accepté de me rencontrer. Elle travaille à la publication d'un hebdomadaire distribué dans la communauté indienne.

⁵ Pour une discussion des facteurs liés à l'apparition de la détresse et du sens qui y est associé pour les répondants, voir mon article paru dans la revue *Altérités* (Duclos 2009).

⁶ Il me semble essentiel de donner quelques indications quant à la terminologie utilisée pour conceptualiser la construction de la détresse par les répondants. Il est important de préciser que le terme « détresse » renvoie ici à un concept ouvert qui fut utilisé dans les entrevues de sorte à amener les répondants à discuter du sens des difficultés rencontrées. Les termes « dépression » et « anxiété » ont également été utilisés dans les rencontres avec les répondants, de manière à entraîner la discussion sur différents aspects d'une possible souffrance tout en demeurant soucieux de laisser les participants se servir d'une terminologie qui est autant la leur que possible. Suivant la perspective méthodologique utilisée par Acharya (2004) dans le cadre de sa thèse de doctorat, j'ai utilisé ces trois termes (détresse, dépression et anxiété) avec pour objectif d'explorer avant tout les mots utilisés par les répondants eux-mêmes. J'ai d'ailleurs rapidement constaté que les répondants utilisaient plutôt aléatoirement ces termes, ceux-ci renvoyant tous au fait de ne pas « se sentir bien », d'éprouver un certain mal-être intérieur. Bref, même si les mots changent, les concepts, eux, correspondent à cet état d'esprit que j'ai choisi de nommer « détresse » de manière générique. Le mal-être décrit par les répondants ne doit en aucun cas être confondu avec la dépression ou une anxiété clinique, au sens biomédical.

⁷ Outre les facteurs liés au marché du travail et à l'imaginaire migratoire l'entourant (qui furent fréquemment mentionnés), les répondants ont également abordé quelques autres contextes favorisant l'émergence d'une certaine détresse. Les situations énumérées par les répondants sont aussi nombreuses, variées et complexes que peut l'être l'expérience migratoire. Les répondants ont en effet mentionné une pluralité de contextes susceptibles d'entraîner de la détresse. Comme le mentionne Vijay, « *c'est tout un mélange* » de facteurs qui peuvent occasionner un tel mal-être. L'éloignement de la famille, les conflits intergénérationnels, l'avenir des enfants (mariage, etc.), le manque de moyens financiers, la solitude de même que des changements engendrés par l'adaptation culturelle au nou-

veau milieu de vie ont été avancés comme contextes pouvant favoriser l'émergence d'une détresse potentielle. Outre le rapport au travail, l'adaptation (autant familiale que sociale et culturelle) et l'éloignement sont certainement les deux catégories générales le plus souvent évoquées par les répondants. Toutefois, devant la prépondérance de la question de l'emploi, j'ai choisi de concentrer cet article sur cet aspect.

⁸ Centre de santé et de services sociaux.

⁹ La *Bhagavad Gita* est la partie centrale du poème épique du *Mahâbhârata* et représente un des textes les plus importants de l'hindouisme. La *Gita* aurait été écrite autour du II^e siècle av. J.-C. Elle raconte l'histoire de Krishna, avatar du Vishnu (identifié comme une manifestation du Brahman), et d'Arjuna, un prince guerrier en proie au doute et refusant la bataille car elle entraînera la mort de membres de sa famille. Cette histoire est encore aujourd'hui au cœur des contes et références quotidiennes en Inde et de nombreux répondants ont fait mention de celle-ci et des leçons qui doivent en être tirées.

¹⁰ La littérature traitant du soi (*self*) indien tend souvent à mettre l'accent sur la « relationnalité » qui caractérise une telle individualité. Ces conceptions nous présentent une « psyché indienne » marquée par une imbrication dans des relations soit structurelles (Dumont 1966), familiales (Carstairs 1958) ou encore psychoculturelles (Kakar et Kakar 2007; Kakar 1978) et tendant à naturaliser la primauté de la relation (souvent hiérarchique) sur l'individu. Toutefois, plusieurs auteurs appellent avec raison à une problématisation d'un tel soi indien (relationnel, holistiquement constitué, etc.) en évoquant par exemple sa fluidité (Daniel 1984) ou encore tout simplement la nécessité de se dégager de toute logique structurelle et totalisante pour observer le soi à la lumière des dynamiques politiques et historiques où il se donne à penser (Cohen 1998; Nandy 1983).

Bibliographie

- Acharya, M. P. et H. C. Northcott, 2007. « Mental distress and the coping strategies of the elderly Indian immigrant women », *Transcultural Psychiatry*, vol. 44, n° 4, p. 614-636.
- Acharya, M. P., 2004. *Constructing the meaning of "mental distress": coping strategies of elderly East Indian immigrant women in Alberta*. Thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research, Department of Sociology, University of Alberta.
- Anand, A. et R. Cochrane, 2005. « The mental health status of South Asian women in Britain: a review of the UK literature », *Psychology and Developing Societies*, vol. 17, n° 2, p. 195-214.
- Beliappa, J., 1991. *Illness or distress? Alternative models of mental health*. Londres, Confederation of Indian Organisations.
- Bhui, K., D. Bhugra, D. Goldberg, J. Sauer et A. Tylee, 2004. « Assessing the prevalence of depression in Punjabi and English primary care attenders: the role of culture, physical illness and somatic symptoms », *Transcultural Psychiatry*, vol. 41, n° 3, p. 307-322.
- Bibeau, G., 1997. « At work in the fields of public health: the abuse of rationality », *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, vol. 11, n° 2, p. 246-252.
- Burr, J. et T. Chapman, 2004. « Contextualising experiences of depression in women from South Asian communities: a discursive approach », *Sociology of Health & Illness*, vol. 26, n° 4, p. 433-452.
- Burr, J., 2002. « Cultural stereotypes of women from South Asian communities: mental health care professionals' explanations for patterns of suicide and depression », *Social Science & Medicine*, vol. 55, p. 835-845.
- Carstairs, G. M., 1958. *The twice-born: a study of a community of high-caste Hindus*. Bloomington, Indiana University Press.
-

- Cohen, L., 1998. *No aging in India: Alzheimer's, the bad family and other modern things*. Berkeley, University of California Press.
- Daniel, E. V., 1984. *Fluid signs. Being a person the Tamil way*. Los Angeles, University of California Press.
- Dein, S. et S. Sembhi, 2001. « The use of traditional healing in South Asian psychiatric patients in the UK: interaction between professional and folk psychiatries », *Transcultural Psychiatry*, vol. 38, n° 2, p. 243-257.
- Duclos, V., 2009. « L'envers de l'imaginé : la détresse dans le corps social chez les immigrants indiens de Montréal », *Altérités*, vol. 6, n° 1, p. 77-94.
- Dumont, L., 1966. *Homo Hierarchicus. Essai sur le système des castes*. Paris, Gallimard.
- Dyck, I., 2001. « Who and what is Canada? Constructing cultural identities in health care research », *Journal of Historical Geography*, vol. 27, n° 3, p. 417-429.
- Ecks, S., 2005. « Pharmaceutical citizenship: antidepressant marketing and the promise of demarginalization in India », *Anthropology & Medicine*, vol. 12, n° 3, p. 239-254.
- Emongo, L., K. Das et G. Bibeau, 2001. « Entre la voie spirituelle et la voie officielle : les stratégies de recherche d'aide chez les jeunes hindous de Montréal », *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 14, n° 2, p. 173-192.
- Fassin, D. et J.-P. Dozon, 2001. « L'universalisme bien tempéré de la santé publique », in J.-P. Dozon et D. Fassin (dir.), *Critique de la santé publique : une approche anthropologique*. Paris, Balland, p. 7-19.
- Fenton, S. et A. Sadiq-Sangster, 1990. « Culture, relativism and the expression of mental distress: South Asian women in Britain », *Sociology of Health & Illness*, vol. 18, n° 1, p. 66-85.
- Guzder, J., 1992. « South Asian women: psychological issues related to assimilation », in R. Ghosh et R. Kanungo (dir.), *South Asian Canadians*. New Delhi, Shastri Indo-Canadian Institute, p. 105-113.
- Horne, R., L. Graupner, S. Frost, J. Weinman, S. M. Wright et M. Hankins, 2004. « Medicine in a multicultural society: the effect of cultural background on beliefs about medication », *Social Science & Medicine*, vol. 59, p. 1307-1313.
- Hussain, F. et R. Cochrane, 2004. « Depression in South Asian women living in the UK: a review of the literature with implications for service provision », *Transcultural Psychiatry*, vol. 41, n° 2, p. 253-270.
- Hussain, F. et R. Cochrane, 2003. « Living with depression: coping strategies used by South Asian women suffering from depression », *Mental Health, Religion and Culture*, vol. 5, n° 3, p. 21-44.
- Hutchinson, G. et C. Gilvarry, 1998. « Ethnicity and dissatisfaction with mental health services (letter) », *British Journal of Psychiatry*, vol. 172, p. 95c-96c.
- Hyman, I., 2001. *Immigration et santé. La série de documents de travail sur les politiques de santé; documents de travail 01-05*. Ottawa, Santé Canada. http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/wp-dt/2001-0105-immigration/2001-0105-immigration-fra.pdf [consulté le 31 octobre 2009].
- Jarvis, E., L. Kirmayer, M. Weinfeld et J.-C. Lasry, 2005. « Religious practice and psychological distress: the importance of gender, ethnicity and immigrant status », *Transcultural Psychiatry*, vol. 42, n° 4, p. 657-675.
- Kakar, S. et K. Kakar, 2007. *Les Indiens. Portrait d'un peuple*. Paris, Éditions du Seuil.
- Kakar, S., 1978. *The inner world: a psycho-analytic study of childhood and society in India*. Delhi, Oxford University Press.

- Kirmayer, L., G. Du Fort, A. Young, M. Weinsfeld et J.-C. Lasry, 1996. *Pathways and barriers to mental health care in an urban multicultural milieu: an epidemiological and ethnographic study*. Montréal, Culture & Mental Health Research Unit, report n° 6 (part 1). <http://www.mcgill.ca/files/tcpsych/Report6.pdf> [consulté le 31 octobre 2009].
- Laroche, M., 2000. « Health status and health services utilisation of Canada's immigrant and nonimmigrant populations », *Canadian Public Policy*, vol. 26, p. 51-73.
- Lock, M., 1999. « The politics of health, identity, and culture » in R. J. Contrada et R. D. Ashmore (dir.), *Self, social identity and physical health*. New York, Oxford University Press, p. 43-68.
- Massé, R., 2000. « Qualitative and quantitative analyses of psychological distress: methodological complementarity and ontological incommensurability », *Qualitative Health Research*, vol. 10, n° 3, p. 411-423.
- Massé, R., 1998. « Les conditions d'une anthropologie sémiotique de la détresse psychologique », *Association canadienne de sémiotique*, RS-SI, vol. 18, n° 3, p. 39-61.
- Nandy, A., 1983. *The intimate enemy : loss and recovery of self under colonialism*. Delhi, Oxford University Press.
- Raguram, R., M. Weiss, H. Kevak et S. M. Channabasavanna, 2001. « Cultural dimensions of clinical depression in Bangalore, India », *Anthropology & Medicine*, vol. 8, n° 1, p. 31-46.
- Whitley, R., L. Kirmayer et D. Groleau, 2006. « Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: a qualitative study from Montreal », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 4, p. 205-209.
- Williams, R. et K. Hunt, 1997. « Psychological distress among British South Asians: the contributions of stressful situations and subcultural differences in the West of Scotland Twenty-07 study », *Psychological Medicine*, vol. 27, p. 1173-1187.
-